

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Т. Ш. АБИЛДАЕВ, Г. С. БЕКЕМБАЕВА, Л. З. КАСТЫКПАЕВА

MAJOR RISK FACTORS OF THE DISEASE IN THE FOCI OF DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

T. SH. ABILDAEV, G. S. BEKEMBAEVA, L. Z. KASTYKPAEVA

Национальный центр проблем туберкулеза Республики Казахстан, г. Алматы

В статье проведен анализ факторов заражения детей и подростков из очагов туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Анализ изучения данных источников заболевания, прерывавших лечение и контактировавших в очаге с детьми и подростками, показал, что в основном это были мужчины, злоупотреблявшие алкоголем, безработные, во время лечения в интенсивной фазе нарушавшие больничный режим, самовольно уходившие домой, 16,0% из них ранее были судимы. У контактных детей и подростков из группы больных, прерывавших лечение, достоверно чаще констатирована гиперергическая реакция на туберкулин (10,8%), чем у контактных с больными без перерывов в лечении (3,4%) ($p \leq 0,05$). В группе, где больные прерывали лечение, заболели 2 ребенка и 3 подростка (15,0%). В группе, где больные регулярно принимали лечение, заболел один (3,0%) подросток ($p \leq 0,05$).

Ключевые слова: фактор, риск, туберкулез, очаг, лекарственная устойчивость, дети, подростки, инфицированность, приверженность, лечение.

The paper analyzes contamination factors in children and adolescents from the foci of multidrug-resistant tuberculosis. The analysis of a study of these disease sources, the people who discontinued treatment and contacted with the children and adolescents in the foci demonstrated that these were mainly male alcoholics, as well as unemployed, intensive-phase therapy non-compliant inpatients, patients who went home without permission; 16% of them had convictions. The contacted children and adolescents from a group of patients who discontinued treatment were significantly more frequently stated to have a hyperergic response to tuberculin (10.8%) than those who continued treatment (3.4%) ($p \leq 0.05$). Two children and 3 adolescents (15%) fell ill in the treatment discontinuation group. One (3.0%) adolescent did in the treatment continuation group ($p \leq 0.05$).

Key words: factor, risk, tuberculosis, focus, drug resistance, children, adolescents, contamination, compliance, treatment.

В настоящее время туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя выявляется во многих странах мира, поражая социально уязвимые слои населения [6]. Особое значение имеют профилактические мероприятия, проводимые в очагах туберкулезной инфекции [1, 5]. Ранее выполненные исследования выявили недостатки, связанные с несвоевременным обнаружением контакта с больным туберкулезом, нарушением и несоблюдением санитарно-противоэпидемических мероприятий, а также их недостаточную эффективность в связи с бесконтрольным проведением [2, 7, 9, 11].

Приверженность к лечению самих больных, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, а также полноценное и своевременное проведение профилактических мероприятий контактными детям и подросткам важны для своевременной диагностики и профилактики детского туберкулеза [3, 4, 8, 10]. Актуальность изучения методов повышения приверженности к непрерывному контролируемому лечению больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ ТБ) и контактных детей и подростков из этих очагов на современном этапе борьбы с туберкулезом несомненна.

Цель исследования – определить факторы риска в очагах туберкулезной инфекции, способствующие инфицированию и заболеванию детей и подростков.

Материалы и методы

В целях определения факторов риска заболевания детей и подростков из очагов МЛУ ТБ провели анализ приверженности к лечению источника заболевания МЛУ ТБ, для чего разработали анкету для учета данных детей, подростков и их родителей.

Анкета содержала сведения о больном туберкулезом: возраст и пол, жилищно-бытовые условия, состав семьи, социальное состояние семьи, наличие сопутствующих заболеваний, длительность наблюдения в диспансере, сведения о сроках изоляции, регулярность приема препаратов и т. д.

В анкете на детей и подростков из контакта содержался медицинский анамнез: длительность контакта с больным туберкулезом, своевременность взятия на учет по контакту, организованность детей и подростков, данные туберкулинодиагностики до и после взятия на учет по контак-

ту, наличие рубчика БЦЖ, наличие фоновых заболеваний, данные обследования (общий анализ крови и мочи, рентгенография грудной клетки), наличие симптомов интоксикации, аускультативные данные, сроки назначения химиопрофилактики и контроль за проведением химиопрофилактики, всего 30 факторов.

Анкета утверждена на этической комиссии Национального центра проблем туберкулеза Республики Казахстан.

Заполнены и проанализированы 50 анкет на детей и 50 анкет на подростков, 68 источников МЛУ ТБ.

Результаты и обсуждение

На основании анализа данных анкет условно разделили детей и подростков из очага МЛУ ТБ на 2 группы. Первую группу составили 15 детей и 20 подростков, находившихся в контакте с источником инфекции, имевшим перерывы в лечении (33 больных), вторую группу – 35 детей и 30 подростков из очага, где больные регулярно получали лечение препаратами второго ряда (ПВР) на этапах интенсивной и поддерживающей фаз (35 больных). Предварительный анализ показал, что в первой группе девочек было 65%, а мальчиков – 35%, а во второй группе преобладали мальчики – 60%, а девочек было 40%.

Из анкет установлено, что в первой группе среди источников МЛУ ТБ, контактирующих с обследуемыми детьми и подростками, в основном были больные мужского пола (20; 61,0%), а во второй группе – женского пола (22; 58,0%).

Различались данные группы по уровню образования источника заболевания. Так, в первой группе в основном больные имели среднее образование – 21 (64%), среднее специальное – 4 (12,0%), и высшее образование было у 8 (24,0%) больных. Во второй группе уровень образования оказался несколько выше: среднее специальное образование имели 18 (51,0%) больных, высшее образование – 15 (43,0%) и лишь 2 (6,0%) – среднее.

Только половина больных первой группы до заболевания имели работу, а во второй группе работающих было несколько больше (27-78%).

В первой группе вредные привычки имели 78,0% источников, а во второй группе – лишь 35,0% больных. Находились ранее в местах лишения свободы 16,0% больных первой группы, во второй группе таковых не было.

В обеих группах у источников заболевания из клинических форм преобладавал инфильтративный туберкулез – 79,0 и 86,0% соответственно, реже встречались такие клинические формы туберкулеза, как диссеминированный туберкулез – у 3,0 и 2,8% соответственно, туберкулезный плеврит – у 9,0 и 8,6% больных обеих групп, казеозная пневмония диагностирована в 6,0% случаев у боль-

ных первой группы, фиброзно-кавернозный туберкулез – у 3,0 и 2,6% соответственно.

Переносимость препаратов второго ряда у больных существенно различалась. Так, в первой группе побочные явления наблюдались у 76,0% больных, а во второй группе – у 35,0%. В основном непереносимость проявлялась в виде тошноты, общего дискомфорта, болей в эпигастральной области. По этой причине 5 (15,2%) и по другим причинам 6 (18,2%) больных первой группы прервали лечение на этапе интенсивной фазы, а 3 (9,0%) – по различным причинам самостоятельно прекратили на поддерживающей фазе. В основном это были лица, ведущие асоциальный образ жизни, имеющие неблагоприятные жилищные условия и др.

Причинами досрочного прерывания лечения, по нашему мнению, являются длительность лечения и наступающее после применения противотуберкулезных препаратов у большинства пациентов улучшение общего самочувствия, которое рассматривается некоторыми больными как сигнал к прекращению приема противотуберкулезных препаратов и ненужности госпитализации.

По данным анкеты, негативно относятся к пребыванию в стационаре 54,0% больных. Вместе с тем ряд пациентов отмечают положительные стороны длительного стационарного лечения. Так, 24,0% больных рассматривают пребывание в стационаре как возможность отдохнуть, не выходить на работу, т. е. относятся к госпитализации положительно.

Негативация мокроты по методу бактериоскопии наступила у всех больных второй группы на 1-2-м мес. лечения, а у 3 (9,0%) больных первой группы – лишь через 6 мес. лечения.

Анализ изучения приверженности к лечению источников заболевания показал, что прерывают лечение в основном мужчины, безработные, имевшие вредные привычки в виде злоупотребления алкоголем. Во время лечения в интенсивной фазе они нарушали больничный режим, самостоятельно уходя домой, подвергая тем самым риску заражения своих родственников.

По социальному статусу в первой группе преобладали малоимущие семьи – 41,2% случаев, 37,2% контактных детей и подростков были из семей мигрирующего населения. Во второй группе в 64,4% случаев дети и подростки имели нормальные социальные условия, а в 17,8 % случаях семьи были малоимущими.

При изучении видов контакта у наблюдаемых выяснили, что большинство детей и подростков первой и второй групп имели тесный семейный контакт (85,8 и 81,4% соответственно). В основном отмечен контакт с больными туберкулезом давностью 2-3 года.

При анализе лабораторных данных в гемограмме обнаружены изменения в виде снижения уровня гемоглобина (гипохромная анемия) у 66,9%

детей и подростков первой группы и у 36,6% контактирующих с больными туберкулезом группы, у 3,5 и 5,0% пациентов из контакта с больными туберкулезом выявлено снижение числа лимфоцитов (лимфопения), у остальных детей и подростков отмечено их нормальное содержание.

На момент выявления очага туберкулезной инфекции с МЛУ МБТ в первой группе инфицирование установлено у 40,0% контактных детей и подростков, после дообследования – у 56%. Во второй группе после выявления источника инфекции число инфицированных составило 35,5%, после дообследования – 45,7% детей и подростков из данной группы наблюдения. Эти данные свидетельствуют о том, что при проведении диагностических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции в ряде случаев допускаются погрешности. Достоверности по уровню инфицированности между группами не выявлено ($p \geq 0,05$). Однако следует отметить, что у детей и подростков из очага инфекции первой группы достоверно чаще отмечали гиперергическую реакцию на туберкулин (10,8%), чем во второй группе (3,4%) ($p \leq 0,05$).

Контролируемое химиопрофилактическое лечение получили 99,2 и 98,7% инфицированных детей и подростков первой и второй групп соответственно. После проведения превентивной химиотерапии у 60,0% детей второй группы отмечали снижение туберкулиновой чувствительности, тогда как у детей первой группы – нарастание туберкулиновой чувствительности в 25,0% случаев, в 15,0% случаев выявили снижение туберкулиновой чувствительности, в 60,0% она осталась на прежнем уровне.

Отсутствие приверженности к лечению источника заболевания и неполноценное выполнение профилактических мероприятий в очаге привели к тому, что в первой группе заболели 2 ребенка и 3 подростка (15%), из них у одного ребенка диагностирован туберкулез внутригрудных узлов, у другого выявлен плеврит туберкулезной этиологии, у 3 подростков этой группы установлен инфильтративный туберкулез легких. Во второй группе заболел один (3,0%) подросток, у которого диагностирован инфильтративный туберкулез легких ($p \geq 0,05$).

Из изложенного следует, что в очагах с МЛУ ТБ, в которых взрослые больные допускают перемены в лечении, риск угрозы инфицирования и заболевания детей и подростков выше, чем в очагах МЛУ ТБ, в которых больные регулярно принимают противотуберкулезные препараты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ изучения данных источников заболевания, прерывавших лечение и контактировавших в очаге с детьми и подростками, показал, что в основном это были мужчины, злоупотреблявшие алкоголем, безработные, во время лечения в интенсивной фазе нарушавшие больничный режим, са-

мовольно уходившие домой, 16,0% из них ранее были судимы.

У детей и подростков из контакта с больными, прерывавшими лечение, достоверно чаще констатируется гиперергическая реакция на туберкулин (10,8%), чем у контактировавших с больными, не допускавшими перерывов в лечении (3,4%) ($p \leq 0,05$).

В туберкулезных очагах, в которых взрослые больные прерывали лечение, заболели 2 ребенка и 3 подростка (15,0%), в очагах, в которых источник инфекции регулярно принимал противотуберкулезные препараты, заболел один (3,0%) подросток ($p \leq 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В. А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Пробл. туб. – 2002. – № 1. – С. 6-9.
2. Аксенова К. И. Химиопрофилактика в очагах туберкулезной инфекции // Мат. юбил. сессии: 80-летие ЦНИИ туберкулеза РАМН. – М., 2001. – С. 95-96.
3. Лебедева Л. В. Химиопрофилактика туберкулеза у детей и подростков (показания, методика, эффективность): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1971. – С. 108-265.
4. Митинская Л. А., Елуфимова В. Ф., Юхименко Н. В. и др. Выявление туберкулеза у детей из новых групп риска и эффективность химиопрофилактики // Пробл. туб. – 1996. – № 6. – С. 33-35.
5. Митинская Л. А., Тригуб Н. И., Васильева А. М. Пути повышения эффективности профилактических мероприятий, проводимых в очагах туберкулезной инфекции // Пробл. туб. – 1984. – № 4. – С. 18-22.
6. Молофеев А. Н. Современные тенденции в эпидемиологии туберкулеза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
7. Овсянкина Е. С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам // Пробл. туб. – № 1. – 2009. – С. 3-4.
8. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью / под ред. Иван Бастиян, Франсуа Порталж. – М.: Медицина и жизнь, 2003.
9. Шилова М. В. Организация и результаты лечения больных туберкулезом в России // Врач. – 2001. – № 2. – С. 2-6.
10. Livengood J. R., Sigler T. G., Foster L. R. et al. Isoniazid resistant tuberculosis. A community outbreak and report of rifampin prophylaxis failure // JAMA. – 1985. – Vol. 253. – P. 2847-2849.
11. Passanante M. R., Gallagher C. T., Reichman L. B. Preventive therapy for contacts of multidrug-resistant tuberculosis. A Delphi survey // Chest. – 1994. – Vol. 106. – P. 431-434.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Бекембаева Гүлбадан Сабитовна

Национальный центр проблем туберкулеза

Республики Казахстан,

заместитель директора по научно-клинической работе.

050010, г. Алматы, ул. Бекхожина, д. 5.

E-mail: gbeke@mail.ru

Поступила 25.06.2013